

Omsorgsförvaltningen**ANSÖKAN –
HEMTJÄNST, DAGVERKSAMHET,
VÄXELVÅRD, SÄRSKILT BOENDE**

Din ansökan prövas enligt 4 kapitlet 1 § socialtjänstlagen för att bedöma att du har rätt till det stöd du ansöker om. Din ansökan kommer antingen beviljas eller avslås.

Du som beviljas insatser betalar en avgift varje månad enligt kommunens taxa för vård och omsorg. Sammanboende betalar varsin vård- och omsorgsavgift.

Du kan få din maxavgift prövad baserad på dina inkomster, din boendekostnad och ett lagstadgat minimibelopp. Efter att din ansökan blivit beviljad skickar vi ut en inkomstblankett som du fyller i och skickar tillbaka tillsammans med din senaste inkomstdeklaration, din avgift baseras då på din inkomst.

Sammanboende ska fylla i varsin blankett om ansökan avser hushållssysslor. Om en person i hushållet har förmåga att utföra sysslorna kommer ansökan att avslås eftersom personer som bor tillsammans har ett gemensamt ansvar för hemmets skötsel.

Fyll i ansökningsblanketten så noga du kan. Fält markerade med * är obligatoriska och måste fyllas i.

Sökandes personuppgifter

För- och efternamn*		Personnummer*	
Bor du tillsammans med någon? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Namn:	
Adress*		Postkod	
Postnummer*	Ort*		
Telefon*	E-post		
Behov av tolk* <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Språk:	

Närstående

Namn		Relation	
Adress			
Postnummer	Ort		
Telefon	E-post		

Vad ansöker du om?*

Hjälp i hemmet			
<input type="checkbox"/> Trygghetstelefon	<input type="checkbox"/> Personlig omvårdnad	<input type="checkbox"/> Matdistribution	<input type="checkbox"/> Apoteksärende
Service			
<input type="checkbox"/> Inköp	<input type="checkbox"/> Städning, renbäddning	<input type="checkbox"/> Tvätt, renbäddning	
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet	<input type="checkbox"/> Växelvård	<input type="checkbox"/> Särskilt boende	
Annat:			

Kartläggning av dina behov

För att kunna utreda ditt behov av stöd behöver vi veta mer om hur din hälsa och omgivning påverkar ditt dagliga liv. Besvara nedanstående frågor genom att beskriva vad du kan och vad du inte kan.

En handläggare tar del av uppgifterna och gör en bedömning av hela din situation. Om handläggaren har kompletterande frågor kommer du att kontaktas **innan** beslut fattas.

Skäl till ansökan.*
Hur bor du? (i hus eller lägenhet, ensam eller tillsammans med någon)*
Vilka svårigheter upplever du i din bostad?*
Får du stöd av närstående? Om ja, från vem och med vad?*

Vilka sjukdomar eller nedsatta funktioner i kroppen påverkar din förmåga att klara din vardag?*

Använder du några hjälpmedel? Om ja, vilka och när använder du dem?

Hur klarar du din personliga vård? (kläder, hygien, dusch och toalettbesök)

Hur klarar du förflyttningar?

Hur klarar du dina måltider? (värma mat, duka, diska)

Hur klarar du att sköta dina hushållssysslor? (städ, tvätt, inköp)

Känner du dig trygg i din vardag? Om nej, vad är det som gör den otrygg?

Val av utförare*

Om du ansöker om insatser i form av stöd i hemmet och beviljas det du ansöker om, har du möjlighet att välja utförare. För att se vilka utförare som är valbara, besök www.ljusdal.se. Om du inte kan eller vill välja själv kan en handläggare tilldela dig en utförare.

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Jag väljer utförare _____ |
| <input type="checkbox"/> Jag vill bli tilldelad en utförare. |
| <input type="checkbox"/> Jag har endast ansökt om trygghetstelefon eller matdistribution och behöver ej välja utförare. |

Samtycker du till att vi kontaktar och hämtar uppgifter om dig från andra myndigheter?

För att vi ska kunna behandla din ansökan kan vi behöva kontakta och hämta uppgifter från andra. Kryssa i vilka du godkänner att vi hämtar uppgifter från.

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Närstående |
| <input type="checkbox"/> Andra myndigheter, t.ex. hälsocentral, sjukhus, hemsjukvården, Försäkringskassan, socialtjänst |

Underskrift*

För att din ansökan ska kunna behandlas måste den skrivas under av dig eller en person som är behörig att företräda dig.

Din namnteckning	Ort och datum
Namnförtydligande	

Person som hjälpt till med ansökan

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> God man | <input type="checkbox"/> Förvaltare | <input type="checkbox"/> Närstående |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

Bilagor som bifogas

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Kopia på registerutdrag gällande ställföreträderskap |
| <input type="checkbox"/> Kopia gällande fullmakt |
| <input type="checkbox"/> Kopia gällande läkarutlåtande för att styrka hälsotillståndet |

Dataskyddsförordningen (GDPR), enligt artikel 6.1 e

De uppgifter du lämnar är nödvändiga för att myndigheten ska kunna fullgöra arbetsuppgifterna av allmänt intresse enligt dataskyddsförordningen. Myndigheten ansvarar för att lämnade personuppgifter hanteras i överensstämmelse med bestämmelserna i dataskyddsförordningen. För mer information, vänligen besök www.ljusdal.se.

Skicka ansökan till:

Ljusdals kommun
Omsorgsförvaltningen
Handläggarenheten
827 80 Ljusdal

Telefon: 0651-180 00 (växel)